



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAMILA CRISTINA FERREIRA CALEFFI
CAROLINE NUNES DA SILVA STADNICKI
LUIZA STELLA DALVA DA CUNHA**

**O PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPSi) DO
SUL DO BRASIL**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

**CAMILA CRISTINA FERREIRA CALEFFI
CAROLINE NUNES DA SILVA STADNICKI
LUIZA STELLA DALVA DA CUNHA**

**O PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPSi) DO
SUL DO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162)
do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Terezinha Zeferino

**Florianópolis
2011**

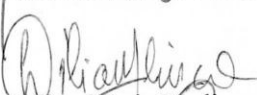
Camila Cristina Ferreira Caleffi
Caroline Nunes da Silva Stadnicki
Luiza Stella Dalva da Cunha

**O PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
(CAPSi) DO SUL DO BRASIL**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora


Maria Terezinha Zeferino


Lilian Maria Pagliuca


Jonas Salomão Spricigo

24 de Novembro de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Declaro que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pelas acadêmicas Camila Cristina Ferreira Caleffi, Caroline Nunes da Silva Stadnicki e Luiza Stella Dalva da Cunha, intitulado “O processo terapêutico dos usuários de um centro de atenção psicossocial para infância e adolescência (CAPSi) do sul do Brasil”, foi aprovado na banca examinadora realizada em 24 de novembro de 2011.

Durante a realização do TCC, houve responsabilidade com rigor científico e ético, desde a elaboração do projeto até a finalização do trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, com análise qualitativa de dados, que teve como objetivo compreender o desenvolvimento do processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil.

Este estudo traz contribuições importantes para a área da enfermagem e da saúde, ao abordar o referido processo, ou seja, como se dá a trajetória do usuário desde a entrada no serviço até a sua alta. O terapeuta de referência, o atendimento multiprofissional, o projeto individual, o contrato terapêutico e a evolução da alta são aspectos fundamentais na trajetória de cuidado utilizada numa instituição de saúde mental. Colabora, portanto, este trabalho, para a promoção da saúde mental de crianças e adolescentes tratados nestas instituições substitutivas dos hospitais psiquiátricos, e que são centrais na rede atual de cuidados na área.

Cabe ainda ressaltar que as acadêmicas tiveram sensibilidade para expor a temática, demonstrando habilidade, criatividade, iniciativa, organização, compromisso e competência para desenvolvê-la, o que repercutiu na qualidade do estudo ora apresentado.

Florianópolis, 08 de dezembro de 2011


Profª Dra. Maria Terezinha Zeferino
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nos guiar e abençoar durante esta jornada de formação e aprendizado e aos nossos pais pelo apoio, paciência e o carinho que investiram em nós, sempre acreditando em nosso potencial e nos ensinando qual o melhor caminho a seguir.

Também somos gratos aos nossos irmãos e demais familiares, amigos e companheiros por estarem conosco nas horas boas e difíceis, compreendendo a nossa ausência nos momentos em que este trabalho exigia a nossa atenção integral.

Agradecemos a equipe do CAPSi que nos acolheu especialmente à Lílían Maria Pagliuca, nossa supervisora, que guiou nossos passos quando escolhemos mergulhar em um mundo novo e ao professor Jonas Salomão Spricigo que nos auxiliou na ausência de nossa orientadora.

E, finalmente, com muito carinho, respeito e admiração registramos nossa gratidão à Maria Terezinha Zeferino, nossa orientadora, que abraçou a nossa causa desde o dia em que a convidamos para nos orientar. Que mesmo quando esteve distante nos ensinou a confiar em nos mesmas e que no decorrer do trabalho foi uma amiga que soube nos acalmar nos momentos de dificuldades, angustias e dúvidas.



DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as crianças e adolescentes que nos ensinaram a valorizar mais nossa família, a amar mais a vida, a compreender as particularidades de cada ser, de cada família e a respeitar o ser humano.

Obrigada por nos ensinar que todas as crianças e jovens precisam de proteção e necessitam serem tratadas com respeito, amor e carinho e por nos ensinar que apesar de tudo ainda é possível, brincar, sorrir e superar as dificuldades da vida!

Dedicamos também ao nosso pequeno Arthur Stadnicki, que acaba de vir ao mundo e já é amado e respeitado por todos que o cercam. Que você possa fazer parte de um mundo melhor, com pessoas mais amáveis e pacientes, que respeitem a própria vida e a vida dos demais. Que a sua chegada possa representar tudo o que todas as crianças merecem ter nessa vida.

Semente do Amanhã

*Ontem um menino que brincava me falou
Que hoje é semente do amanhã...*

*Para não ter medo que este tempo vai passar...
Não se desespere não, nem pare de sonhar*

*Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs...
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar!
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá!*

*Nós podemos tudo,
Nós podemos mais
Vamos lá fazer o que será.*

(Luiz Gonzaga do Nascimento Júnior – Gonzaguinha)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil, ou seja, como ocorre a trajetória do usuário desde a entrada no serviço até a sua alta. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Com o intuito de alcançarmos nosso objetivo realizamos a coleta de dados nos prontuários dos usuários que já receberam alta terapêutica do serviço, além de uma entrevista semi-estruturada com os profissionais que atuam neste serviço, participando do estudo sete profissionais de nível superior que atuam como terapeutas. Os sujeitos do estudo relataram sobre o processo terapêutico descrevendo como é definido o terapeuta de referência, de que forma ocorre o atendimento multiprofissional, como se define o desenho do projeto terapêutico, a existência e importância do contrato terapêutico, como é definida a alta e qual a sua compreensão de processo terapêutico. Para os profissionais o processo terapêutico é o desenrolar dos acontecimentos da vida da criança/adolescente durante o período em que são atendidos neste serviço, desde a sua entrada até a alta. Apesar de estes profissionais possuírem conhecimento sobre o desenrolar de um processo terapêutico, isso não fica adequadamente registrado nos prontuários. Como resultado do cruzamento dos dados dos prontuários e das entrevistas realizadas com os profissionais concluímos que o processo terapêutico não é algo fechado e ocorre desde que o usuário chega no serviço até o momento em que recebe alta. E que está sempre sendo modificado de acordo com as necessidades da criança/adolescente e sua família.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial. Saúde Mental. Infância e Adolescência. Processo Terapêutico.

LISTA DE SIGLAS

RP – Reforma Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrica

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica

SRT – Serviço de Residência Terapêutico

SIH-SUS – Sistema de Internação Hospitalar

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TR – Terapeuta de Referência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	14
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1 <i>Objetivo Geral.....</i>	<i>14</i>
1.2.2 <i>Objetivos específicos.....</i>	<i>14</i>
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 O Processo de Reforma Psiquiátrica.....	15
2.2 Rede de Atenção em Saúde Mental.....	18
2.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	20
2.4 Saúde Mental na Infância e Adolescência.....	23
2.5 O Processo terapêutico.....	25
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Caracterização do estudo.....	28
3.2 Cenário do estudo.....	28
3.3 Participantes do estudo.....	29
3.4 Coleta dos dados.....	29
3.5 Análise dos dados.....	31
4 RESULTADOS.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS.....	58
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA.....	59
ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	60

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história a visão da loucura tem sofrido mudanças no imaginário das pessoas, sempre refletindo suas ideologias, culturas e políticas.

Até meados do século XVII, a pessoa louca vivia no meio da sociedade, ou associava-se a manifestação do sagrado. Somente no final do século XVII é que as santas casas de misericórdia e os hospitais começam a receber os chamados de marginais, entre eles loucos, miseráveis, prostitutas, ladrões e leprosos. No século XVIII, os loucos são separados dos demais marginais e começam a ser enquadrados como “doentes mentais” tornando-se alvo de pesquisas e intervenções psiquiátricas. É nesse momento que surgem os hospitais psiquiátricos e o louco passa a ser visto como um ser perigoso e que precisa dessa institucionalização para ser tratado e curado (TEIXEIRA, 2009).

Essa forma tradicional de tratar a “loucura”, dispensada principalmente à sociedade trabalhadora que perdeu a capacidade laborativa, é pautada no asilamento e na violência institucional. E esse modelo de tratamento centrado no hospital psiquiátrico pode ser entendido como uma forma do Estado exercer controle social sobre essa camada da população que perdeu sua capacidade de trabalho. Basaglia (1982) afirma que “a psiquiatria, desde seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz”.

Desta forma, estes hospitais psiquiátricos ou manicômios passam a ser entendidos como espaços de residência e trabalho, no qual um grande número de indivíduos semelhantes, segregados da sociedade por determinado período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Ou seja, onde as pessoas deixam de ser seres com direitos, valores e crenças, e passam a ser vistas como corpos doentes (“doentes mentais”). Nos quais os profissionais da instituição têm livre poder para atuar e determinar o que deve ser feito, agindo na maior parte das vezes por meio de agressões e opressões. Estabelece-se então, uma divisão entre aqueles que têm poder e aqueles que não têm poder. Tais instituições são vistas como um meio de controle social no qual as pessoas consideradas como ameaça ao sistema dominante, ou seja, diferentes do restante da população, são trancafiadas em espaços isolados do convívio de familiares e da sociedade (TEIXEIRA, 2009).

A partir do século XX, surge a necessidade de se reformular esse sistema, através da substituição dos manicômios por serviços substitutivos (residências terapêuticas, de centros de convivência, cooperativas de trabalho, entre outros) e da compreensão do meio

sociocultural presente no sofrimento mental, importantes para a valorização da autonomia dos usuários. Começa, portanto, um processo de desinstitucionalização que receberia o nome de Reforma Psiquiátrica (RP) e que teve como principal exemplo o da Itália (TEIXEIRA, 2009).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica se inicia durante o período da ditadura militar (década de 70) e a medicalização ainda era a forma predominante de tratamento. Esse processo ocorre no mesmo momento em que o país passa por mudanças no panorama político, econômico e cultural, ou seja, na época da redemocratização do país. Foi após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). E a partir desse momento o processo de reforma psiquiátrica começou a ter mais representatividade, sendo este pautado em três níveis principais: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e a clínica institucional. Em 1992, após a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, é que a luta pela reforma psiquiátrica começa a ter maior participação da sociedade (usuários e familiares), a qual busca o fim da prática assistencial excludente, a conquista de direitos à liberdade, participação na vida pública e à melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2006).

Dentro desse processo de desinstitucionalização, o ser humano deixa de ser percebido como mero “doente mental” passando a ser visto como ser social e político. Além disso, o tratamento passa do princípio da autoridade para a autonomia e co-responsabilidade do usuário. Sendo que a reabilitação psicossocial e a reinserção social passam a ser os objetivos principais dos tratamentos (TEIXEIRA, 2009). É com base nessas ideias que surge a rede de atenção à saúde mental, composta por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, equipes de matriciamento em saúde mental para Atenção Básica, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde, a criação dessa rede de atenção à saúde mental é de extrema importância para responder a complexidade de demandas da sociedade e de garantir a resolutividade e a promoção da autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como dispositivos de atendimento diário, destinados a acolher pacientes com transtorno mental, estimulando sua integração social e familiar e sua autonomia. Estes devem estar articulados a rede de atenção à saúde e a outras redes sociais, cumprindo suas funções tanto na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e na autonomia dos usuários (BRASIL, 2004).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), por serem considerados como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos devem ter como objetivo o atendimento à

população de sua área de abrangência, através de acompanhamento clínico e reinserção social por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. São divididos em cinco categorias, de acordo com o tipo e quantidade de clientela atendida: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Além disso, as modalidades de atendimento são divididas em: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. E são determinados de acordo com a necessidade de cada usuário. Os usuários atendidos nesses estabelecimentos são acompanhados e avaliados através de seus projetos terapêuticos individuais visando, principalmente, a reinserção social.

Como já citamos, as instituições que acolhem os usuários adultos com transtornos mentais são as mais variadas, porém o olhar específico para as crianças e adolescentes ainda está muito aquém da necessidade. No entanto, com a criação do CAPSi verificamos a possibilidade de podermos oferecer um acompanhamento diferenciado para este público.

Concordamos com Couto, Duarte e Delgado (2008) que abordam esta temática no sentido de trazerem que a saúde mental da criança e do adolescente é um tema que entrou tardiamente na pauta de assuntos da saúde pública. Os principais motivos para essa entrada tardia são: extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental na infância e adolescência, que vai desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até transtornos de externalização (como transtorno de conduta, hiperatividade), internalização (como depressão, transtorno de ansiedade) e uso abusivo de substâncias; caráter recente do conhecimento sistematizado sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência; inexistência até bem pouco tempo atrás, de evidências empíricas sobre a qualidade e eficácia dos tratamentos para transtornos mentais infantis e juvenis; e particularidade do sistema de cuidado, necessitando a articulação com outros setores sociais; entre outros.

No campo da saúde mental da criança e do adolescente, são criados os Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi), dispositivos destinados a atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes. Deve ser articulado a serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, respondendo as diferentes problemáticas referentes à saúde mental na infância e adolescência. Seguem as mesmas diretrizes e propostas das outras modalidades de CAPS, tendo como objetivo final também a reabilitação psicossocial e a reinserção social das crianças e adolescentes tratadas de acordo com seus projetos terapêuticos individuais (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

1.1 Justificativa

Considerando o exposto, como acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, nos questionamos como se dá o processo terapêutico das crianças e adolescentes atendidos em um CAPSi, sendo esta uma instituição que compõe a rede de atenção em saúde mental com especificidade para esta parcela da população. Assim, escolhemos como tema central deste estudo a atenção à saúde mental da criança e do adolescente e como campo de atuação um CAPSi do Sul do Brasil. O nosso interesse em realizar este trabalho surgiu durante o estágio curricular da sexta fase em saúde mental na atenção básica, em que acompanhamos um grupo de convivência social para pessoas que encontravam-se em isolamento social. E, como tínhamos interesse em trabalhar com a área da criança e percebendo lacunas em relação a trabalhos científicos nesta área, resolvemos adotar esta temática para o nosso Trabalho de Conclusão de Curso. Nesse sentido, o estudo desenvolvido pretendeu encontrar resposta para a seguinte questão: Como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil.

1.2.2 Objetivos específicos

- Levantar o perfil dos usuários que tiveram o seu processo terapêutico finalizado no CAPSi;
- Identificar como se dá a inclusão do usuário no projeto terapêutico do CAPSi;
- Verificar qual a compreensão dos profissionais sobre o processo terapêutico dos usuários atendidos no CAPSi.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura compreende a fundamentação teórica que deve ser utilizada para falar sobre o tema e o problema de pesquisa. É importante para traçar um quadro teórico e servir como base para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, possibilitará a obtenção da situação real do tema ou problema pesquisado, conhecer publicações existentes e aspectos que já foram abordados e verificar as opiniões similares e diferentes aos aspectos relacionados ao tema ou problema (SILVA, MENEZES, 2001). Sendo assim, nesse capítulo iremos abordar alguns aspectos sobre a reforma psiquiátrica, construção de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental, criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em especial aquele para infância e adolescência (CAPSi) e a importância da existência de projetos terapêuticos individuais para tratamento dos usuários atendidos nesses serviços.

2.1 O Processo de Reforma Psiquiátrica

Reforma Psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e prática, o qual possui como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o processo de Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira iniciou-se na mesma época da eclosão do “movimento sanitário”, na década de 70 do século XX, concordando com a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL 2005). Apesar disso, o processo de RP no Brasil possui uma história particular, pautada nas mudanças internacionais de superação de violência asilar.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

A RP pode ser entendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Em 1978 dá-se o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. É formado o Movimento dos trabalhadores em

Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. A partir deste Movimento surge a luta contra violência dos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência. Então, começa-se a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, surgindo assim, as primeiras propostas de reorientação da assistência. Neste mesmo ano, surge o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru – SP, tendo com lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Em 1987, na cidade de São Paulo, surge o primeiro CAPS no Brasil e são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são também criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

No ano de 1989, entra no Congresso Nacional o Projeto de Lei – do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) - que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. E em 1988 cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

A partir de 1992, consegue-se aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

Na década de 90 o Brasil assina a Declaração de Caracas e realiza a II Conferência Nacional de Saúde Mental. E entram em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundamentadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS, Hospitais-dia, as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Ao final deste período, existiam 208 CAPS em funcionamento no Brasil, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos. Isto ocorria, porque apesar de serem regulamentados, os novos serviços de atenção diária não instituíam uma linha própria para o financiamento dos CAPS e dos NAPS, em contrapartida, as normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não possuíam mecanismos que resultassem na redução de leitos (BRASIL, 2005).

Apenas em 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país, trazendo ainda modificações importantes do texto original. Desta forma, a Lei Federal 10.216 favorece o

oferecimento de tratamentos, em saúde mental, de base comunitária, dispondo sobre a proteção e o direito dos usuários. Porém, sem instituir mecanismos claros para extinguir progressivamente os manicômios.

Mais tarde, linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e são criados novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir daí, ocorre uma expansão na rede de atenção diária à saúde mental e a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos é estimulada pela criação do Programa “De Volta Para Casa”. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005).

Esse processo proporcionou a construção da transição de um modelo de assistência hospitalocêntrico, para um modelo de atenção comunitário. E, atualmente, existem dois movimentos simultâneos: a formação de uma rede de atenção à saúde mental, que substitui o modelo hospitalocêntrico e a fiscalização e redução, de forma progressiva e programada, dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005).

Ao final de 2001 é realizada, em Brasília, a III Conferência de Saúde Mental. Durante a Conferência foram pactuados, de maneira democrática, os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Assim, esta Conferência, consolidou a RP como política de governo, conferiu aos CAPS valor estratégico para a mudança do modelo assistencial, defendendo a formação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelecendo o controle social como garantia do avanço da RP no Brasil. Além disto, forneceu subsídios políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

O processo de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e da desinstitucionalização de pessoas com longo tempo de internação, torna-se política pública nos anos 90 e ganha força em 2002, com normatizações do Ministério da Saúde que institui formas claras, eficazes e seguras para a diminuição desses leitos a partir dos grandes hospitais. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para a Casa e a expansão dos CAPS e os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) estão permitindo que haja redução de milhares de leitos em vários hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Sabemos que o Processo de Reforma Psiquiátrica ainda não terminou, ele se constrói pouco a pouco, pois o processo de desconstrução da ideia do modelo manicomial é vagaroso. E acreditamos que apesar de tudo o que se conquistou, e que, a nosso ver foi muito, ainda há

muito que melhorar, uma vez que as pessoas com transtorno mental não conquistaram a aceitação na nossa sociedade. E foi exatamente por esse motivo resolvemos realizar este trabalho, principalmente, pelo fato de sabermos que as crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais são ainda muito esquecidas.

2.2 Rede de Atenção em Saúde Mental

A rede de atenção à saúde mental do Brasil é parte integrante do SUS, o qual regula e organiza as ações e os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única cada esfera do governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2005). Pautada nos princípios do SUS – Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Controle social – a rede de atenção a saúde mental é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e leitos em Hospitais Gerais, caracterizando-se por ser essencialmente, pública de base municipal e com controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da RP (PELIZZARO, 2006).

No objetivo da desconstrução de um modelo de atenção psiquiátrica baseada no atendimento hospitalar e voltada para a recuperação e reinserção social dos portadores de transtornos mentais é que se criaram os seguintes serviços: os CAPS, que serão especificados adiante; os Serviços Residenciais Terapêuticos, Residência Terapêutica ou, simplesmente Moradia, que consistem em casas que ficam localizadas no espaço urbano e são formadas para atender às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais, procedentes de hospitais psiquiátricos ou não. Em cada residência devem existir, no máximo, oito moradores e, pelo menos, um cuidador para o auxílio dos mesmos. Cada residência deve estar vinculada a um CAPS e deve operar junto à rede de atenção à saúde mental; os Centros de Convivência e Cultura, que consistem em dispositivos públicos que compõe a rede de atenção substitutiva em saúde mental. Esses Centros proporcionam espaços de sociabilidade, de produção cultural e intervenção na cidade às pessoas com transtornos mentais, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão dessas pessoas na sociedade; os Ambulatórios de Saúde Mental e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais (BRASIL, 2005). De acordo com Santos, Oliveira e Yamamoto (2009), os ambulatórios de saúde mental devem funcionar como um complemento ao hospital, atendendo principalmente os egressos das internações hospitalares, além de oferecer tratamento psicoterapêutico à população.

Outra estratégia utilizada é o Programa de Volta Para Casa, o qual possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, garante o bem estar geral da pessoa e estimula o exercício dos direitos civis e de cidadania. Seu objetivo é contribuir com o processo de inserção social das pessoas com longo histórico de internações, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação diretamente aos seus beneficiários. Podem ser beneficiados pelo programa pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas em hospitais cadastrados no SIH-SUS (Sistema de Internação Hospitalar – SUS), por tempo ininterrupto igual ou maior que 2 anos, a partir do momento em que suas condições clínicas e sociais não justifiquem sua estada em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inserção em programas de reintegração social. Além desses, também podem ser beneficiados, moradores de SRT ou egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (BRASIL, 2003).

Os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como as Conferências de Saúde Mental, possuem a função de garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, ocasionando assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. Exemplo disso é a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), a qual ajudou a consolidar a RP como política oficial do SUS e propondo a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para pessoas com transtornos mentais

A formação de uma rede comunitária de atenção à saúde mental é fundamental para a consolidação da RP, portanto, a articulação em rede de variados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos é de extrema importância para acolher pessoas em sofrimento mental. É uma rede bem articulada capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas estigmatizadas por anos, em um país de acentuadas desigualdades sociais, garantindo resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania de pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é orientadora, sendo o território a designação de não apenas uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais ocorre a vida comunitária. Portanto, trabalhar no território significa resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005).

A Atenção Básica (AB) possui papel estratégico na saúde mental e por estar próxima à comunidade consegue enfrentar problemas como o uso abusivo de álcool, drogas e de outros sofrimentos psíquicos. Pode-se até dizer que todo problema de saúde é também um problema de saúde mental, por isso, faz-se necessária a articulação entre saúde mental e atenção básica.

Entretanto, nem sempre as equipes de atenção básica estão estruturadas para lidar com essas situações. Por isso, o MS estimula ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluem a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, boa parte das pessoas que necessitam deste atendimento é efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica, em grandes e pequenos municípios (principalmente nos pequenos, onde não se faz necessário a implantação de CAPS) (BRASIL, 2005).

Em municípios com menos de 20.000 habitantes, a atenção à saúde mental estrutura-se a partir da Atenção Básica e existem pequenas equipes de saúde mental que podem estar lotadas em ambulatórios ou CAPS vizinhos, por exemplo, passando a dar apoio matricial àquelas equipes. Essa responsabilização compartilhada (entre as equipes de saúde mental e atenção básica) visa aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe local. Em municípios maiores, onde existem os CAPS ou outros equipamentos, a lógica é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apóia as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação (BRASIL, 2005).

Acreditamos que o melhor caminho para a evolução positiva dos portadores de transtornos mentais é a reinserção social. Assim, entendemos que os serviços criados pelo Ministério da Saúde são a rede básica necessária para acolher essas pessoas dando-lhes apoio necessário para que possam levar uma vida mais dentro da normalidade possível.

2.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Embora a legislação da área de Saúde Mental seja recente, desde o movimento para a Reforma Psiquiátrica, que se iniciou em 1978 - com o objetivo de promover uma atenção mais humanizada e de influenciar os pressupostos da psiquiatria e a visão sob o paradigma biomédico que se tinha da saúde mental até então, de forma normativa e controladora – ocorreram importantes mudanças envolvendo a prática clínica, a política, os aspectos sociais e culturais e as relações com o sistema jurídico (SANTANA; MORAIS, 2005).

No final da década de 80, foi criado um projeto de lei que inspirou discussões em todo o país, quanto à implantação de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Sendo assim, foram criadas oito leis estaduais e outras portarias ministeriais na década de 90, modificando a forma de financiamento dessas ações e incentivando a criação de redes extra-hospitalares com

a remuneração de outros procedimentos além da consulta psiquiátrica e da internação (SANTANA; MORAIS, 2005).

Com essas portarias, foram regulamentadas as modalidades de atendimento hospitalar e ambulatorial, além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e fornecendo também diretrizes para a organização desses serviços em todo o país. Embora outras legislações continuassem sendo criadas, as já existentes no final da década de 80 e na década de 90 possibilitaram a implantação de serviços municipais voltados à atenção extra-hospitalar. Sendo que o ponto inicial foi o CAPS Prof^o Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987, em São Paulo. (SANTANA; MORAIS, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2004) os CAPS são instituições criadas para acolher pessoas portadoras de transtornos mentais, com o objetivo de estimular sua integração familiar e social, além de oferecer apoio em suas iniciativas de busca de autonomia e atendimento médico e psicológico. O papel central do CAPS é a busca pela integração dos indivíduos em um ambiente cultural e social concreto no espaço da cidade em que esse indivíduo e seus familiares desenvolvem suas atividades cotidianas. Assim, o CAPS é a principal estratégia da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Como parte da Rede de Atenção à Saúde Mental, é de fundamental importância que o CAPS esteja articulado na rede de serviços de saúde, além de outras redes sociais e setores afins, para que – diante da complexidade da demanda de inclusão dos indivíduos excluídos da sociedade por transtornos mentais – todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer possam unir forças e potencializar os esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e contribuindo para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde da Família (ESF) no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004).

Eles são lugares de referência e tratamento para pessoas que sofram com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros, cuja severidade, persistência, ou ambos, justifiquem a necessidade da permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e que promova a vida. Os CAPS têm como objetivo, oferecer atendimento à população residente em sua área de abrangência, acompanhando seus usuários clinicamente, e promovendo a reinserção social dos usuários através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo criado para ser

substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, quando for possível o tratamento ambulatorial (BRASIL, 2004).

Os CAPS visam prestar atendimento diário, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico personalizado, além de promover a inserção social dos usuários. Eles também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2004).

A regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e a coordenação, juntamente com o gestor local, das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território, são competências dos CAPS, além da responsabilidade de manter atualizada a relação de pacientes em sua região que fazem uso de medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, que vão além do uso de consultas e medicamentos, caracterizando a clínica ampliada, que vem provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. Algumas destas atividades são individuais, algumas são em grupo, outras são comunitárias e há também atividades destinadas às famílias (BRASIL, 2004).

Além destas, outras atividades também são comuns nos CAPS, como: tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares, atendimento individualizado à família, orientação, atendimento psicoterápico, atividades comunitárias, atividades de suporte social, oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004).

Os CAPS podem ser classificados em diferentes tipos. Os CAPS I e CAPS II são para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, que sejam residentes de sua área de abrangência. Os CAPS III são para atendimento diário e noturno de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, funcionando nos sete dias da semana. Os CAPSad oferecem atendimento diário para os usuário de álcool e drogas, que apresentem transtornos causados pelo uso e dependência da substâncias psicoativas, álcool e outras drogas, possuindo leitos de repouso e funcionando exclusivamente para o tratamento e desintoxicação desta população. Os CAPSi, realizam atendimento diário à população infantil e adolescente com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

2.4 Saúde Mental na Infância e Adolescência

Historicamente, é evidente a grande defasagem que existe entre a necessidade de saúde mental para infância e adolescência e a real existência de serviços voltados para esse atendimento. Um dos maiores problemas decorrentes dessa constatação é o contraste que faz com a magnitude dos problemas mentais na infância e adolescência e suas consequências. Um fato que evidencia essa situação é a falta de políticas oficiais para saúde mental na infância e adolescência numa extensa gama de países (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

O tema saúde mental infantil e juvenil vem sendo bastante negligenciado tanto pelas políticas públicas quanto pelos estudiosos e profissionais da área. Por vezes, esse tema ficou restrito ao atendimento psiquiátrico, desconsiderando-se sua abrangência e contribuição de outros setores sociais no atendimento a crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais. Vários estudos demonstraram que a maior parte da clientela que busca esses serviços são crianças e adolescentes, na maior parte meninos, cujas queixas de maior incidência são mau desempenho escolar, comportamento agressivo e desobediência na família e escola (SANTOS, 2006).

De um modo geral, as políticas públicas de saúde mental são voltadas mais exclusivamente para a população adulta. No caso das crianças e adolescentes, os tipos de transtornos, principais fatores de risco e proteção, estratégias de intervenção e organização dos serviços de saúde têm especificidades que não podem ser tratadas da mesma maneira que um adulto, necessitando assim de políticas de saúde mental específicas para essa parcela da população (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

No Brasil, o reconhecimento da saúde mental infantil e juvenil, como questão de saúde pública, é bem recente. Até então o assunto era delegado a outros setores sociais, principalmente, o educacional e assistência social. A criação de uma política pública de saúde mental infantil e juvenil traz como finalidade a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade as necessidades das crianças e adolescentes. Para alcance de tal finalidade, propõe duas ações principais: implantação pelo SUS dos Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi) e a construção de estratégias para a articulação intersetorial da saúde mental com outras áreas envolvidas na temática criança e adolescentes como: saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos, incorporando assim uma rede ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

Nesse contexto surgem os CAPSi, com atendimento diário à crianças e adolescentes gravemente comprometido psiquicamente, como por exemplo, os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que estejam impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, decorrente de sua condição psíquica. Segundo o Ministério da Saúde, com base na experiência de outros serviços que já funcionavam sob a lógica do atendimento diário, quanto mais cedo se iniciar o tratamento, maiores são as possibilidades de tratamento. Por isso é fundamental que haja a integração dos CAPSi com as redes de saúde, educação e assistência social ligadas ao atendimento da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004).

Os CAPSi foram propostos em 2002, sob os mesmos princípios que regem os demais CAPS, de natureza territorial e financiados com recursos exclusivos do SUS, com o objetivo de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado. Além disto, também são responsáveis pelo desenvolvimento de ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem o tema, na área de sua responsabilidade, abraçando assim não só ações de cunho terapêutico como também de gestão (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

Para algumas condições clínicas, como as psicoses e o autismo infantil, não se conhece uma causa isolada que possa se apontar para a ocorrência dessas condições, porém, algumas situações ampliam as possibilidades de melhora, principalmente quando o tratamento se inicia o mais cedo possível (BRASIL, 2004).

Normalmente, as atividades desenvolvidas nos CAPSi são semelhantes às oferecidas nos CAPS (atendimento individual, grupal e familiar; visitas domiciliares; atividades de inserção social; oficinas terapêuticas; atividades socioculturais e esportivas; e atividades externas), que devem ser dirigidas a faixa etária que atenderão, como por exemplo, as atividades relacionadas à inserção social, priorizando aquelas estejam relacionadas à escola (BRASIL, 2004).

No que se refere à rede intersetorial de assistência à saúde mental infantil e juvenil, a educação e atenção básica são de extrema importância, por estarem diretamente envolvidas com o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção de saúde, na identificação e intervenção precoce de casos, revertendo ou evitando o agravamento dos problemas mentais (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008). Assim, a equipe do CAPSi trabalha através de projetos terapêuticos que fazem parte do processo terapêutico como um todo.

2.5 O Processo terapêutico

O processo terapêutico pode ser entendido como o desenrolar dos acontecimentos da vida do usuário, por exemplo: por que procurou o serviço? Quais sintomas estava apresentando? Como é a dinâmica familiar? Quais fatores interferem de forma positiva e negativa neste processo? Como está evoluindo? Quais medidas serão/são tomadas? Qual o projeto terapêutico mais adequado? Entre outros.

Segundo Ferreira (2005), a complexidade do fenômeno terapêutico se dá por conta de muitos fatores, dentre eles podemos citar: a história singular de cada paciente (experiências vividas anteriormente e atualmente, expectativas para o futuro, relações, recursos psíquicos, familiares e sociais), sua demanda pelo atendimento e a relação estabelecida com o terapeuta.

Dentro da nova visão de organização dos serviços de saúde mental, que visa a desinstitucionalização e uma abordagem mais integral da pessoa, percebendo o indivíduo como sujeito histórico, social e político, vinculado ao seu contexto familiar, meio ambiente e sociedade em que está inserido, surge a importância da elaboração de projetos terapêuticos voltados a um modelo de atenção que se propõe assistir na comunidade, valorizando a autonomia e a reabilitação psicossocial.

Uma das estratégias na ação do CAPS é a de ter um projeto terapêutico, que envolve o cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável, evitar o abandono, atender à crise e responsabilizar-se pela demanda através de diferentes instrumentos técnicos. O cuidar de uma pessoa implica a existência do sujeito para além da remissão do sintoma, reparação do dano ou o olhar para a doença. Este projeto coloca em ação os diferentes instrumentos técnicos de conhecimento como a medicação, o estar junto, os grupos terapêuticos, a reunião de familiares, o atendimento individual, o atendimento familiar, os núcleos de trabalho, os passeios, a visita domiciliar, entre outras. O projeto terapêutico requer responsabilidade pela demanda, a não separação entre prevenção/tratamento/reabilitação. Em síntese, a presença e intervenção ativas do serviço em diferentes momentos e situações numa ação de transformação cultural. É a partir destes princípios que o CAPS torna-se um serviço substitutivo ao modelo manicomial (AMARANTE; TORRE, 2001).

A transformação da equipe, assim como o conceito de equipe, é outra estratégia importante. A equipe é aqui compreendida como o trabalhar junto, como o espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais e do pensar e repensar o próprio serviço na transformação do papel do técnico na construção de um serviço aberto, transformando as relações de poder e de saber em aprender a aprender (AMARANTE; TORRE, 2001).

Dessa forma, o projeto terapêutico pode ser compreendido como um conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados por equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário, desde a admissão até a alta. Além disso, deve contemplar modelos assistenciais que rompam com as formas excludentes de tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental, promovendo a reabilitação psicossocial e o desenvolvimento do usuário como ator principal de sua vida e de seu tratamento, portador de direitos e deveres (KANTORSKI et al., 2010).

Nos CAPS, os modelos assistenciais devem ser planejados e ter objetivos estabelecidos nos projetos terapêuticos, que devem ser construídos com base no acolhimento, no vínculo entre trabalhadores e usuários, na participação da família, na individualidade de cada usuário com limites e escolhas e na responsabilidade de cada membro da equipe. Deve ser elaborado e executado com a participação de todos os membros da equipe e dos usuários, ser flexível e ter metas pré-estabelecidas, através da análise dos resultados alcançados. Existem sete eixos básicos que devem nortear a elaboração de projetos terapêuticos: centralidade da ação na pessoa; relação de parceria terapeuta-cliente; deslocamento da ação da instituição para o território e situações da vida real; ênfase no sujeito em seu contexto; construção compartilhada do projeto terapêutico com metas que visem à continuidade da vida do usuário; estabelecimento de um contrato de trabalho com percursos a serem desenvolvidos em tempo pré determinado; e, utilização de avaliações periódicas para redirecionamento do projeto (MANGIA et al., 2006).

Cada CAPS deve trabalhar dentro do seu projeto terapêutico. Segundo Amarante e Torre (2001), este projeto define o modo como a instituição deve funcionar e a clientela prioritária a ser atendida. O Projeto define o CAPS como uma estrutura que serve de intermédio entre o hospital e a comunidade, oferecendo às pessoas um local institucional que procura entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil.

De acordo com Santos (2006), cada usuário de um CAPS deve ter seu projeto terapêutico individual, o qual permitirá um atendimento personalizado com um conjunto de atividades a serem desenvolvidas durante sua permanência no serviço, de acordo com a necessidade do usuário. Segundo o Ministério da Saúde, a elaboração do projeto terapêutico, ou seja, do tratamento, é um processo com momentos de atuação individual e coletiva (momentos de troca com acordo da equipe). Nos momentos em que a equipe está reunida os profissionais devem discutir a situação do usuário, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados (BRASIL, 2004).

No CAPSi em que trabalhamos os projetos terapêuticos individuais são elaborados visando a promoção da reabilitação psicossocial e a reinserção social de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, sem o prejuízo de serem afastados de suas famílias e comunidades. Apesar de ter um profissional como terapeuta de referência, o projeto terapêutico de cada criança e adolescente é elaborado através de reuniões de estudo de caso, que contam com a participação de profissionais de varias áreas, como psicóloga, enfermeira, assistente social e psiquiatra, além da contribuição do próprio usuário e familiares. Os projetos terapêuticos do CAPSi compreendem desde atividades dentro do próprio serviço até atividades desenvolvidas em ambientes da comunidade, como escolas, passeios, domicilio, entre outros. As principais atividades desenvolvidas neste CAPSi são: serviço de pré-triagem, avaliação global/triagem, atendimento individual (acompanhamento individualizado, psicoterapia, acompanhamento terapêutico), atendimento em situação de crise, atendimento medicamentoso, atendimento em grupo (atendimento familiar, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos) e visita domiciliar (SILVEIRA et al., 2006). É importante então ressaltar que as atividades dos CAPSi incluem tanto aquelas desenvolvidas intrainstitucional, ou seja, atividades terapêuticas programadas dentro do serviço (como oficinas terapêuticas) ou nos ambientes da comunidades (como aulas de tênis), quanto aquelas desenvolvidas interinstitucional, ou seja, as relações que o CAPSi estabelece com outros serviços envolvidos na vida das crianças ou adolescentes. Assim, o nosso trabalho se desenvolveu no sentido de captar a essência deste projeto para analisar as condições de como ele é implementado no sentido de promover o processo terapêutico adequado a reinserção social do usuário em suas atribuições da vida cotidiana.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva descritiva. De acordo com Silva, Gobbi e Simão (2005), a pesquisa qualitativa visa compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os indivíduos, em situações particulares. Segundo Silva e Menezes (2001), este tipo de pesquisa é descritiva e deve considerar a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzida em números. As ferramentas básicas para a pesquisa qualitativa incluem a interpretação dos fenômenos, atribuição de significados, ambiente natural para fonte direta da coleta de dados e o pesquisador como instrumento chave. Como pesquisa descritiva entende-se que deve descrever as características que determina população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Assume, em geral, a forma de levantamento, tendo o questionário e a observação sistemática como técnicas padronizadas para a coleta de dados.

3.2 Cenário do estudo

O cenário deste estudo foi um CAPSi do Sul do Brasil, existente há sete anos atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, através da elaboração de projetos terapêuticos individuais com base na necessidade de cada usuário e da sua família. O objetivo desses projetos terapêuticos é fazer com que crianças e adolescentes em situações de transtorno mental evoluam de forma positiva, promovendo a reinserção social e a melhora da qualidade de vida.

Atua de forma articulada a outros serviços assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospitais gerais), com a rede de atenção básica à saúde, em especial com a Estratégia da Saúde da Família e com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Essa articulação ocorre, principalmente, através dos profissionais que compõem as equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Além disso, também tem parceira com instituições que atendem crianças e adolescentes do município, como Complexo Ilha-criança, escolas estaduais e municipais, Promotoria da Infância e Adolescência, Juizado da Infância e Juventude, Entidades Comunitárias, dentre outros (SILVEIRA et al., 2006).

Este CAPSi conta com uma equipe multiprofissional composta por: psicólogas, enfermeiras, auxiliar ou técnico de enfermagem, psiquiatra, assistente social, estagiárias, auxiliares de serviço geral e vigias. Essa equipe multiprofissional que atua nesta unidade, preocupada com a qualidade do serviço realizado, orienta os seus trabalhos não somente em atender a demanda, mas também para a qualidade desse atendimento e a sua eficácia. Entendendo que isso implica tempo para prestar os cuidados indispensáveis ao acompanhamento de cada caso, internamente e junto à família/comunidade.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes que havíamos previsto para o estudo eram os profissionais de nível superior que atuam neste CAPSi e um profissional de nível médio que estão ligados aos projetos terapêuticos dos usuários. São eles: uma técnica de enfermagem, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, três psicólogas e um psiquiatra.

A entrevista semiestruturada foi realizada com profissionais de nível superior que atendem os usuários deste CAPSi, com exceção de uma enfermeira por ser nossa supervisora de estágio no serviço, seguindo a orientação da coordenadora da 8ª fase. Além disso, diferentemente do que estava previsto, a entrevista também não foi realizada com a técnica de enfermagem, porque foi transferida de serviço. A participação efetiva dos mesmos somente ocorreu após a leitura conjunta, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Para manter sigilo das informações os nomes dos participantes foram substituídos por siglas.

O convite aos profissionais foi realizado em uma das reuniões de equipe (que acontecem às segundas-feiras) no mês de agosto, na qual nossa proposta de estudo foi apresentada. Neste dia esclarecemos quais atividades iríamos realizar e explicamos que os participantes da pesquisa seriam mantidos em total sigilo, dentro daquilo que a ética profissional prevê.

3.4 Coleta dos dados

Esta pesquisa foi realizada concomitantemente com a disciplina de Estágio Supervisionado II em um CAPSi do Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada gravada com os profissionais da instituição e através de

consulta aos prontuários de crianças e adolescentes que receberam alta terapêutica desde a inauguração do serviço até junho de 2011 para complementação dos dados.

O método da entrevista pode ser considerado como um processo de interação social, em que se tem como objetivo a coleta de informações do entrevistado, através da utilização de um roteiro com questões baseadas num tema central. Além disso, uma entrevista semiestruturada possibilita que o entrevistado discorra sobre suas experiências, tendo como base o tema central proposto pelo entrevistador, ou seja, ao mesmo tempo em que permite respostas livres e espontâneas pelo entrevistado, também valoriza a atuação do entrevistador (LIMA, ALMEIDA, LIMA, 1999).

Descrição do método:

- **Análise Documental:** Primeiramente, realizamos uma busca em todos os prontuários já encerrados desde a abertura do serviço até junho de 2011, num total de 1100, utilizamos como critério de inclusão para pesquisa a existência de alta terapêutica, ou seja, alta devido à melhora dos sintomas apresentados ao entrarem no serviço. Por esse motivo, foram excluídos os referentes a abandono do tratamento sem retorno, mudança do município de residência, transferência para outros serviços de média e alta complexidade de saúde mental, maioridade sem conclusão do tratamento, óbitos e casos não elegíveis para CAPSi. Destes foram selecionados 110 prontuários dentro dos critérios de inclusão para a pesquisa. A fim de obtermos uma visão abrangente de todo o período de funcionamento do CAPSi, selecionamos, aleatoriamente, 3 prontuários por ano de alta de 2004 a 2011, exceto o ano de 2004 que contou com apenas 2 altas e o ano de 2011 o qual não houve nenhuma alta, num total de 20 prontuários. O roteiro para a coleta de dados nos prontuários encontra-se no apêndice B.

- **Entrevista semiestruturada gravada:** os profissionais foram abordados na própria instituição, durante uma reunião de equipe, onde foi explicado quais são os objetivos e a finalidade do estudo, cabendo aos profissionais a autonomia de aceitar ou recusar a participação. Com a aceitação foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido, onde os pontos principais da pesquisa foram expostos, como compromisso de sigilo, entrevista voluntária, entre outros pontos importantes e, posteriormente, o mesmo foi assinado em duas vias, uma para as pesquisadoras e outra para o entrevistado. A parte inicial da entrevista contemplou os dados pessoais dos profissionais, posteriormente o entendimento desses sobre

o processo terapêutico e qual o percurso percorrido para que os usuários recebam a alta. O roteiro para a entrevista semiestruturada encontra-se no apêndice C.

3.5 Análise dos dados

De acordo com Minayo (2000), a organização dos dados abrange o conjunto do material coletado retirados da entrevista, observações ou outras técnicas de coleta para análise e interpretação dos mesmos. Dessa maneira, após a coleta de dados, inicia-se a etapa de análise desses referidos dados, a fim de que os objetivos sejam alcançados através da articulação entre os dados obtidos e a revisão de literatura realizada.

Após selecionarmos os 20 prontuários para a pesquisa, iniciamos a coleta de dados de acordo com nosso instrumento de busca. Para melhor observação e análise de tais dados organizamo-los em tabelas, dividindo-os em duas categorias: perfil dos usuários e inclusão no projeto terapêutico.

Quanto às entrevistas, para que pudéssemos melhor nos organizar e realizar a análise, dividimos as respostas em tabelas de acordo com o número de pergunta. O instrumento de pesquisa semiestruturado era composto por seis questões que giravam em torno dos seguintes temas: terapeuta de referência; equipe multiprofissional; projeto terapêutico individual; contrato terapêutico; alta do CAPSi; processo terapêutico.

4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, serão apresentados na forma de um artigo científico, de acordo com a resolução do Colegiado da 8ª fase do referido curso. O mesmo será elaborado de acordo com as normas da ABNT devido orientação da coordenação da fase.

É importante ressaltar que devido à impossibilidade de construção de mais artigos em decorrência do tempo pequeno destinado a elaboração de todo o TCC apenas uma parte dos dados coletados será apresentada, discutida e analisada. Porém outros artigos serão elaborados com estes dados.

O PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPSi) DO SUL DO BRASIL¹

Camila Cristina Ferreira Caleffi²

Caroline Nunes da Silva Stadnicki²

Luiza Stella Dalva da Cunha²

Maria Terezinha Zeferino³

RESUMO: Este estudo teve como objetivo compreender como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil, ou seja, como ocorre a trajetória do usuário desde a entrada no serviço até a sua alta. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Utilizou-se informações retiradas dos prontuários e entrevista semiestruturada como recursos para a coleta de dados. Participaram do estudo sete profissionais de nível superior que atuam como terapeutas neste CAPSi. Como resultados do cruzamento dos dados dos prontuários e das entrevistas realizadas com os profissionais surgiram cinco categorias: o terapeuta de referência, o atendimento multiprofissional, o projeto terapêutico individual, o contrato terapêutico e a alta terapêutica, o que possibilitou a compreensão do processo terapêutico como um todo. Os sujeitos do estudo relataram sobre o processo terapêutico descrevendo como é definido o terapeuta de referência, de que forma ocorre o atendimento multiprofissional, como se define o desenho do projeto terapêutico, a existência e importância do contrato terapêutico, como é definida a alta e qual a sua compreensão de processo terapêutico. Conclui-se que para os profissionais o processo terapêutico é o desenrolar dos acontecimentos da vida da criança/adolescente durante o período em que são atendidos neste serviço, desde a sua entrada até a alta. Apesar de estes profissionais possuírem conhecimento sobre o desenrolar de um processo terapêutico, isso não fica adequadamente registrado nos prontuários.

DESCRIPTORIOS: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. CAPSi. Criança/adolescente. Processo Terapêutico.

¹Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmicas da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Orientadora do TCC.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história a visão da loucura tem sofrido mudanças no imaginário das pessoas, sempre refletindo suas ideologias, culturas e políticas. No século XVIII, estes loucos começam a ser enquadrados como “doentes mentais” tornando-se alvo de pesquisas e intervenções psiquiátricas, surgindo nesse momento os hospitais psiquiátricos (TEIXEIRA, 2009).

A partir do século XX, surge a necessidade de reformular esse sistema, através da substituição dos manicômios por serviços substitutivos e através da compreensão do meio sociocultural presente no sofrimento mental, importantes para a valorização da autonomia dos usuários (TEIXEIRA, 2009).

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica se inicia durante o período da ditadura militar (década de 70). E a partir de 1992, após a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, a luta pela reforma psiquiátrica começa a ter maior participação da sociedade (usuários e familiares) que busca o fim da prática assistencial excludente e a conquista de direitos à liberdade, participação na vida pública e à melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2006).

Nessa forma de conceber saúde mental, a reabilitação psicossocial e a reinserção social são os objetivos principais dos tratamentos (TEIXEIRA, 2009). É com base nessas ideias que surge a rede de atenção à saúde mental, composta por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de convivência, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, equipes de matriciamento em saúde mental para Atenção Básica, entre outros.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como dispositivos de atendimento diário, destinados a acolher pacientes com transtorno mental, estimulando sua integração social e familiar e sua autonomia. Devem estar articulados à rede de atenção à saúde e a outras redes sociais, cumprindo suas funções tanto na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e na autonomia dos usuários, sendo estes atendidos, acompanhados e avaliados através de seus projetos terapêuticos individuais, que visam, principalmente, a reinserção social (BRASIL, 2004).

Couto, Duarte e Delgado (2008) abordam esta temática ao afirmarem que a saúde mental da criança e do adolescente entrou tardiamente na pauta de assuntos da saúde pública.

As instituições que acolhem os usuários adultos com transtornos mentais são as mais variadas, porém o olhar específico para as crianças e adolescentes ainda está muito aquém da necessidade.

No campo da saúde mental da criança e do adolescente, são criados os Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi), dispositivos destinados ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais que envolvam prejuízos severos e persistentes. Este deve ser articulado a serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, respondendo às diferentes problemáticas referentes à saúde mental na infância e adolescência. Seguem as mesmas diretrizes e propostas das outras modalidades de CAPS, tendo como objetivo final também a reabilitação psicossocial e a reinserção social das crianças e adolescentes tratadas de acordo com seus projetos terapêuticos individuais (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

O processo terapêutico pode ser entendido como o desenrolar dos acontecimentos da vida do usuário. Segundo Ferreira (2005), a complexidade do fenômeno terapêutico se dá por conta de muitos fatores, dentre eles podemos citar: a história singular de cada paciente, sua demanda pelo atendimento, a relação estabelecida com o terapeuta.

Uma das estratégias na ação do CAPS é a de ter um projeto terapêutico, que envolva o cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável, evitar o abandono, atender à crise e responsabilizar-se pela demanda através de diferentes instrumentos técnicos, como a medicação, o estar junto, os grupos terapêuticos, a reunião de familiares, o atendimento individual, o atendimento familiar, os núcleos de trabalho, os passeios, a visita domiciliar, entre outros. O projeto terapêutico requer responsabilidade pela demanda, a não separação entre prevenção/tratamento/reabilitação. Em síntese, a presença e intervenção ativas do serviço em diferentes momentos e situações numa ação de transformação cultural. É a partir destes princípios que o CAPS torna-se um serviço substitutivo ao modelo manicomial (AMARANTE; TORRE, 2001).

O projeto terapêutico pode, então, ser compreendido como um conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados por equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário, desde a admissão até a alta. Além disso, deve contemplar modelos assistenciais que rompam com as formas excludentes de tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental, promovendo a reabilitação psicossocial e o desenvolvimento do usuário como ator principal de sua vida e de seu tratamento, portador de direitos e deveres (KANTORSKI et al., 2010).

Cada CAPS deve trabalhar dentro do seu projeto terapêutico. Segundo Amarante e Torre (2001), o projeto define o CAPS como uma estrutura que serve de intermédio entre o

hospital e a comunidade, oferecendo às pessoas um local institucional que procura entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil.

De acordo com Santos (2006), cada usuário de um CAPS deve ter seu projeto terapêutico individual, o qual permitirá um atendimento personalizado com um conjunto de atividades a serem desenvolvidas durante sua permanência no serviço, de acordo com a necessidade do usuário. Segundo o Ministério da Saúde a elaboração do projeto terapêutico, ou seja, do tratamento, é um processo com momentos de atuação individual e coletiva (momentos de troca com acordo da equipe). Nos momentos em que a equipe está reunida os profissionais devem discutir a situação do usuário, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados (BRASIL, 2004).

No CAPSi que trabalhamos os projetos terapêuticos individuais são elaborados visando a promoção da reabilitação psicossocial e a reinserção social de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, sem o prejuízo de serem afastados de suas famílias e comunidades. Apesar de ter um profissional como terapeuta de referência, o projeto terapêutico de cada criança e adolescente é elaborado através de reuniões de estudo de caso, que contam com a participação de profissionais de várias áreas, como psicóloga, enfermeira, assistente social e psiquiatra, além da contribuição do próprio usuário e familiares. Assim, o nosso trabalho se desenvolveu no sentido de captar a essência deste projeto para analisar as condições de como ele é implementado com o objetivo de promover o processo terapêutico adequado a reinserção social do usuário em suas atribuições da vida cotidiana.

Considerando o exposto, nos questionamos como se dá o processo terapêutico das crianças e adolescentes atendidos em um CAPSi. Assim, escolhemos como tema central deste estudo a atenção à saúde mental da criança e do adolescente e como campo de atuação um CAPSi do Sul do Brasil. O nosso interesse em realizar este trabalho surgiu durante o estágio curricular da sexta fase em saúde mental na atenção básica, nos interessarmos por esta área, pois acompanhamos um grupo de convivência social para pessoas que encontravam-se em isolamento social. E, como tínhamos interesse em trabalhar com a área da criança e percebendo lacunas em relação a trabalhos científicos nesta área resolvemos adotar esta temática para o nosso Trabalho de Conclusão de Curso. Nesse sentido, o estudo desenvolvido pretendeu encontrar resposta para a seguinte questão: Como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil?

Nosso objetivo é, portanto, compreender como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva descritiva, realizada em um CAPSi do sul do Brasil. Esse serviço existente há sete anos, constitui-se como um serviço substitutivo em saúde mental destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, através da elaboração de projetos terapêuticos individuais com base na necessidade de cada usuário e sua família, que tem como finalidade promover a reinserção social e a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em respeito à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que traz as diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos, sob parecer nº2189.

Para o alcance do objetivo, a pesquisa foi realizada em dois momentos, primeiro através da coleta de dados nos prontuários de crianças e adolescentes que receberam alta terapêutica do serviço e em seguida, através de uma entrevista semiestruturada com os profissionais que atuam neste CAPSi.

A coleta de dados nos prontuários ocorreu no período de agosto e setembro de 2011, sendo que primeiramente realizamos uma busca em todos os prontuários já encerrados desde a abertura do serviço até junho de 2011, aproximadamente de 1100 prontuários. Utilizamos como critério de inclusão a existência de alta terapêutica, ou seja, alta devido às melhoras dos sintomas apresentados ao entrar no serviço. Desta forma, foram excluídos os referentes a abandono do tratamento sem retorno, mudança do município de residência, transferência para outro serviço de média e alta complexidade em saúde mental, maioria sem conclusão do tratamento, óbitos e casos não elegíveis para CAPSi. Dos 110 prontuários identificados de acordo com o critério de inclusão para a pesquisa, selecionamos, aleatoriamente, três prontuários por ano de alta, de 2004 a junho de 2011, com exceção do ano de 2004 que contou com apenas duas altas e o ano de 2011 não teve nenhuma alta, totalizando 20 prontuários. Os dados coletados foram organizados em tabelas, e após a análise dividimo-los em duas categorias: perfil dos usuários e inclusão nos projetos terapêuticos individuais. Vale ressaltar que desde o final de 2009 foi inserido no serviço o prontuário eletrônico, porém para a pesquisa o mesmo não foi utilizado, uma vez que os prontuários selecionados ainda continham as informações nos prontuários de papel.

A entrevista semiestruturada foi realizada no mês de outubro de 2011, com os profissionais de nível superior que atuam neste CAPSi que atuam como terapeutas para atendimentos dessas crianças e adolescentes, entre eles: uma enfermeira, três psicólogas, duas

assistentes sociais e um médico psiquiatra. A mesma só foi realizada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e organizadas em tabelas para melhor visualização e análise das mesmas. O instrumento de pesquisa semi-estruturado foi dividido em duas partes: a primeira contemplou dados pessoais dos profissionais e a segunda seus entendimentos sobre o processo terapêutico e o percurso para que os usuários recebam alta. Para tanto, as perguntas realizadas giravam em torno dos seguintes temas: terapeuta de referência, atendimento multiprofissional, projeto terapêutico individual, contrato terapêutico e processo de alta do CAPSi.

Após essas etapas, realizamos inicialmente uma análise dos dados coletados dos prontuários e aqueles referentes à entrevista separadamente, e somente depois buscamos realizar uma análise interligando ambos os dados, a qual está presente neste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dados coletados surgiram cinco categorias que nos auxiliaram a chegar à resposta para nosso objetivo geral, o qual se refere ao processo terapêutico das crianças e adolescentes que receberam alta terapêutica do serviço. Entre as categorias encontram-se: terapeuta de referência, atendimento multiprofissional, projeto terapêutico individual, contrato terapêutico e processo de alta no CAPSi.

Terapeuta de Referência

Segundo Miranda (2005), o dispositivo de técnico de referência está baseado na ideia de um ou mais profissionais aproximando-se de maneira especial de um determinado número de pacientes e assistindo-os de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um projeto terapêutico individual. Ainda, de acordo com Campos e Domitti (2005), propõe-se que os profissionais de referência sejam de diferentes formações e componham uma equipe de referência, a qual se constitui na menor unidade de organização do serviço. Esta desloca o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando assim o poder de gestão da equipe interdisciplinar.

Segundo o Ministério da Saúde, o terapeuta de referência (TR) terá como responsabilidade monitorar juntamente com o usuário seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência da participação no serviço, sendo também responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS (BRASIL, 2004).

Dentre as respostas, obtivemos por parte de alguns profissionais a definição do que é um terapeuta de referência, indo ao encontro da definição dada pelo Ministério, como pode ser observado nas seguintes falas:

“O terapeuta de referência é aquele que faz todo o contato com a rede, que tem um vínculo maior com a família ou com o referenciado” (P1).

“Terapeuta de referência é aquele que se responsabiliza pelo menor, que passa acompanhar a criança e o adolescente no momento em que ele chega aqui e em todas as intercorrências” (P3).

“O terapeuta de referência é um técnico, da equipe técnica que a gente chama, é um profissional de nível superior que vai tá articulando o projeto terapêutico do paciente. Ele serve como referência tanto pra equipe quanto pra família” (P5).

O profissional que acolheu o indivíduo no serviço passará a ser uma referência para ele, podendo ser o que denominamos de terapeuta de referência, mas não necessariamente, pois é preciso que se leve em conta o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta, algo fundamental em seu processo de tratamento. A equipe técnica pode favorecer a apropriação, pelos usuários, do seu próprio projeto terapêutico através do TR, o qual é uma pessoa fundamental para esse processo e precisa pensar sobre o vínculo que o usuário está estabelecendo com o serviço e com os profissionais e estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e construção de laços sociais (BRASIL, 2004).

Campos (2003), apresenta a ideia de construção de vínculo como um aspecto central do trabalho do profissional de referência. Entendendo que ela propicia o alargamento da responsabilização do profissional de saúde, o autor considera o vínculo como algo que indica uma relação de interdependência, co-responsabilidade e compromisso mútuo entre o trabalhador e o paciente, sendo que isto é facilitado, de forma especial, pelas equipes de referência, na medida em que mediam demandas dos pacientes e possibilidades de construção compartilhada de percursos institucionais.

As falas abaixo evidenciam que, na maioria das vezes, o profissional que realizou a entrevista inicial é quem fica como terapeuta de referência, porém fica claro também que os profissionais compreendem a importância do vínculo estabelecido entre o terapeuta e o usuário, para um melhor andamento do processo terapêutico:

“Mas efetivamente, pelo menos o meu jeito de olhar, quando a gente faz uma entrevista inicial, faz anamnese, começa a avaliação, mais ou menos a gente se apegando aquela situação, vai entrando mais nessa família e acaba meio que naturalmente assumindo esse como um usuário a mais, onde a gente se torna terapeuta de referência [...] então necessariamente eu acho que passa por esse vínculo que se estabelece entre o usuário e o terapeuta” (P4).

“A definição tem que ter o vínculo entre o usuário e o terapeuta, embora tendo em vista a equipe reduzida nesses dois últimos anos a gente tem percebido que terapeuta de referencia acaba sendo aquele que faz a entrevista inicial e acaba ficando com o caso” (P7).

Em relação aos dados retirados dos prontuários verificamos que não havia um documento que registrasse quem era o TR. Por isso, usamos como critério para que pudéssemos identificá-lo o profissional que tivesse realizado mais atendimentos individuais/família. Desta forma, constatou-se que dos 20 prontuários analisados 13 mantiveram como TR o mesmo profissional que realizou o primeiro atendimento, o que vai ao encontro das informações obtidas nas entrevistas.

Como já foi citado o Ministério da Saúde (2004) diz que o TR poderá ser o profissional que realizou a entrevista inicial, mas isso não é regra, pois se deve dar mais importância ao vínculo estabelecido entre profissional e usuário. Através da análise dos prontuários e das entrevistas constatamos que o profissional de referência é, normalmente, aquele que realizou a entrevista inicial, apesar de os profissionais afirmarem que o mais importante é o vínculo estabelecido.

Atendimento multiprofissional

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS devem comportar uma equipe com profissionais de diferentes formações, tanto de nível superior quanto médio, que são responsáveis por acolher os usuários e desenvolver os projetos terapêuticos, a fim de promover a reabilitação psicossocial e a reinserção social das crianças e adolescentes atendidos neste serviço.

Segundo Peduzzi (2001), a noção de trabalho em equipe tem surgido como um meio de enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Configura-se como uma modalidade de trabalho coletivo, na qual se desenvolve uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação entre profissionais de diferentes áreas. Toda essa articulação de ações multiprofissionais e cooperação se desenrolam, principalmente, por meio da comunicação, que pode ser considerada como ponto forte para um bom resultado desse trabalho em equipe.

Conforme observado após a realização das entrevistas, os profissionais do CAPSi demonstraram conhecimento sobre a importância desse trabalho multiprofissional, sendo que a maioria define que tal modalidade de atendimento acontece, na verdade, nas reuniões de discussão de caso, que acontecem uma vez por semana, em que são então trazidos os casos, discutidos e a partir daí são delineadas quais atividades o usuário e a família serão incluídos e

por quais profissionais necessitam passar. As falas a seguir demonstram claramente essas colocações:

“Ele vem e na discussão de caso é que isso é mais ou menos delineado, ele vem eu acolho e faço vários atendimentos: família, escola[...] dou um cercamento do caso e levo para a discussão de caso, aí ali a coisa se delinea” (P2).

“Ocorre a partir dessas reuniões de equipe que a gente tem, porque aí ocorre assim, por exemplo, eu tenho um paciente que vem pra uma primeira avaliação comigo, então a equipe não conhece, quem vai estabelecer o primeiro contato sou eu, e a partir da entrevista, ou nas entrevistas, eu encaminho pra equipe pra gente discutir um plano terapêutico” (P6).

Além disso, vários profissionais mencionam a importância de se ter vários olhares sobre os casos apresentados, uma vez que cada formação contribui com seu conhecimento para que assim tenha-se um resultado mais proveitoso. Essa visão também foi relatada por Peduzzi (2001), quando afirma que o trabalho em equipe não propõe a extinção das especificidades de cada área, uma vez que essas diferenças técnicas contribuem, durante a divisão do trabalho, para a melhoria do serviço prestado, pois permite o aprimoramento de conhecimento e do desempenho em determinada área de atuação, além de promover uma maior produção. Os profissionais além de exercerem atividades específicas de sua área, também desenvolvem ações em comum, nas quais saberes de diferentes origens interagem. Assim compõem-se o projeto assistencial construído pela equipe, composto tanto por atividades específicas quanto pelas comuns. As seguintes falas deixam evidente tal afirmação:

“Por que a gente tem, a gente aprende muito no trabalho interdisciplinar, mas tem limitações então a gente vai dispondo dos colegas, assim como o inverso” (P4).

“Eu acho que quando se soma essas diferentes abordagens, essa diferente forma de ver aquela situação, aquela família, aquelas pessoas ela só tem a ganhar né, porque cada um vai tá colocando uma forma diferente de atuar. (P5).

Com a coleta de dados dos prontuários tivemos a oportunidade de observar a existência de uma equipe multiprofissional, uma vez que dos 20 prontuários consultados, 16 usuários apresentavam evoluções de dois ou mais profissionais de diferentes formações, ou seja, vários olhares diferentes atuavam sobre aquela criança ou adolescente, contribuindo assim para a sua melhora.

Projeto Terapêutico Individual

Nos serviços de saúde mental, em especial os CAPS, as estratégias de ação são planejadas e têm objetivos estabelecidos no projeto terapêutico, que é definido pela Portaria 147, de 25 de agosto de 1994, como sendo um conjunto de objetivos e ações propostos e

implementados pela equipe multiprofissional, com vistas à recuperação do usuário, desde a entrada até sua alta (KANTORSKI et al, 2010). Além disso, os projetos terapêuticos devem ser singulares, respeitando-se as contribuições técnicas de todos os membros da equipe multiprofissional, as iniciativas do próprio usuário ou família e as relações intersetoriais (MÂNGIA; CASTILHO; DUARTE, 2006).

Pelas falas dos profissionais, no CAPSi, os projetos terapêuticos individuais já começam a ser desenhados na entrevista inicial, onde o terapeuta de referência avalia e começa a perceber quais as necessidades e desejos daquele usuário e sua família. Porém ficou evidente que o mesmo projeto só é fechado nas reuniões de equipe, através da discussão dos casos.

“O projeto terapêutico pode ser elaborado, enquanto vai fazendo a avaliação[...]mas aí a gente define mesmo o projeto terapêutico na reunião de equipe. Que formaliza, né.” (P1).

“Eu quando estou fazendo avaliação eu já estou vislumbrando uma possibilidade[...]mas é na reunião de equipe que é decidido o projeto terapêutico.” (P4).

“Então, na entrevista inicial a gente já começa a meio que elaborar esse projeto terapêutico. No momento do estudo de caso com a equipe a gente fecha uma proposta de projeto.” (P5).

Os projetos terapêuticos individuais dos CAPS devem ser elaborados de acordo com as necessidades e potencialidades de cada usuário e sua família, possibilitando assim o desenvolvimento do seu potencial e preparando-o para uma melhor forma de lidar com a vida. Nesse contexto, é imprescindível que esse projeto seja elaborado pela equipe juntamente com os usuários, assim a autonomia do mesmo é sempre estimulada. Entende-se que a autonomia de um ser humano está diretamente ligada à sua independência, ou seja, a sua capacidade de tomar decisões sobre si mesmo, seja quanto à sua saúde, seja quanto à sua integridade físico-psíquica e relações sociais (KANTORSKI et al, 2010). Segundo Mângia, Castilho e Duarte (2006), esses projetos devem ser continuamente avaliados e redefinidos, na medida em que novas necessidades se manifestam. Assim como quando a capacidade de compreensão e expressão das próprias exigências e expectativas de vida são mais claras para o usuário. Sabe-se que não existe um consenso sobre os períodos em que esse projeto terapêutico deva ser reavaliado e reformulado, pois depende muito da visão da equipe sobre os resultados do processo. Mudanças de objetivos acontecem com frequência, uma vez que a própria vida do usuário sofre modificações.

Contudo um ponto importante destacado por quase todos os entrevistados, é que esse projeto terapêutico individual deve ser elaborado a partir da necessidade do usuário, além de que o mesmo precisa ser acordado também com o usuário e família e não somente com a

equipe, para assim terem um melhor alcance do objetivo principal do tratamento de todo e qualquer portador de sofrimento mental, a reabilitação psicossocial. Além disso, esse plano terapêutico necessita ser periodicamente (re)avaliado e reformulado, adequando-se a demanda apresentada pela criança ou adolescente no momento.

“O projeto terapêutico é moldado de acordo com as necessidades e também de acordo com as possibilidades da família e do usuário. Então a gente não pode fazer um projeto terapêutico e manter eles fora desse processo[...]então é meio construído junto.” (P1).

“O critério é a demanda do caso[...]essa avaliação tem que se alongar o tempo que for necessário para que a gente possa fazer então esse desenho, perceber quais são as necessidades dessa família, desse caso[...]a partir da escuta dessa narrativa, juntos nós vamos pensar qual é a demanda e o que a gente pode oferecer de melhor pra essa situação.” (P4).

Na coleta de dados dos prontuários observamos a inexistência de um registro claro de qual é o projeto terapêutico individual para cada criança e adolescente. Então, para nossa coleta utilizamos como critério a leitura de todas as evoluções e observação de quais atividades estava inserida.

Contrato Terapêutico

Silveira (2010), afirma que em se tratando de saúde mental, para que haja possibilidade do tratamento ter êxito trabalha-se, basicamente, em cima do contrato estabelecido entre o usuário e o serviço. O autor ainda coloca que este contrato deve ser flexível em termos de objetivos, horários, frequência etc, porém deve ser extremamente rigoroso no que diz respeito à ética em relação ao usuário e a todo conteúdo que for trazido para o tratamento.

O contrato terapêutico, segundo D’Acri (2009), é o marco que estabelece uma relação de compromisso e tem com objetivo configurar os princípios norteadores do espaço terapêutico, entretanto, se pouco esclarecido pelo terapeuta poderá provocar efeitos danosos à relação terapêutica.

Para Püschel e Chaves (2005), o contrato terapêutico constitui-se como elemento de importância relevante no modelo psicossocial de abordagem ao indivíduo e à família, que significa um acordo formal entre as partes, explicitando direitos, deveres e responsabilidades frente a um programa assistencial em implementação no domicílio. Quando questionados sobre a existência de um contrato terapêutico os profissionais responderam que o contrato escrito não existe, sendo realizado apenas verbalmente, como pode ser verificado nas seguintes falas:

“É, mas a gente costuma falar, verbalmente a gente firma esse contrato...” (P1).

“O processo a gente fala para a família, então desde o começo a gente fala como vai ser, é o momento falado, hoje não tem papel para fazer isso, o contrato que a gente utiliza é isso, é falar o planejamento para a família da oficina, acho que é esse tipo de contrato” (P7).

Quanto à realização do contrato terapêutico formal, ou escrito, a equipe menciona que chegou a elaborar um contrato formal, porém aos poucos o mesmo foi deixando de ser utilizado pelos profissionais, demonstrando, que não houve aderência por parte da equipe, o que pode ser observado nas respostas a seguir:

“... não de uma maneira formal... (no papel – entrevistador) a gente tentou, nós fizemos... cada prontuário tinha... Ninguém usou, a gente não... era um termo de compromisso né... e ninguém usou, ninguém conseguiu colocar aqueles dados, isso pode dizer alguma coisa que nós nunca avaliamos direito assim” (P2).

“A gente tinha feito um tempo atrás um documento, mas acabou a gente não usando aquele documento, que seria uma via pra gente uma via pra eles, mas eu acho, eu faz muito tempo que não uso, eu acredito que esteja meio em desuso isso assim por toda a equipe, nunca mais eu vi ele funcionando, nem me lembrava” (P4).

De acordo com D’Acri (2009), deve-se atentar quanto às cláusulas do contrato, porque caso haja desigualdade ou desequilíbrio no ato de contratar, isto acabará por refletir mais tarde na relação terapêutica sob forma de descontentamento (manifestado em faltas, agressividade, desmarcações, desconfiança, dentre outras) ou até mesmo a interrupção, o abandono e o cancelamento do tratamento. Ainda segundo a autora, outro objetivo do contrato por escrito é imprimir um rito de passagem ao momento tênue em que a relação está sendo assumidamente iniciada, porém não está ainda constituída. A autora relata que já ouviu frases de seus pacientes, como “caramba, agora é sério” ou “agora não posso sair”? Ou de uma advogada “...mas, isto não tem efeito legal, nenhum”, ou outros que, simplesmente, após a leitura e a assinatura, guardam na bolsa como algo natural. Desta forma, a mesma constata que cada um expressa o que tem relação com a sua vida, com suas experiências, emergindo daí, por vezes, material para ser trabalhado.

Apesar da constatação da não existência de um contrato terapêutico formal, procuramos saber qual a importância deste documento para os profissionais:

“Ele é importante. Eu acho que é importante a família se sentir responsável também. Só que só o papel não tem um valor assim... né, porque a gente teria que levar mais a sério também.” (P1).

“Eu acho que organiza, tipo assim, organiza, mas não compromete o usuário porque não funciona, porque daí eu tenho que trabalhar com outra questão, porque talvez o motivo que faz com que ele fale aqui que propriamente tá fazendo ele adoecer, a criança entrar em sofrimento” (P2).

“Contrato de papel o que eu penso, assim é interessante por conta das faltas, da não adesão, dessa coisa que o perfil das famílias daqui acontece, mas eu não sei se tem necessidade [...] Mas eu não vejo uma necessidade de papel não, mas um papel eu não vejo necessidade” (P7).

Apesar de a literatura nos trazer a importância de um contrato terapêutico formal para a realização de um bom tratamento, enfatizando os direitos e deveres dos profissionais e dos usuários durante a formulação e o decorrer do projeto terapêutico, constatamos a não aderência da equipe à utilização deste documento, sendo o contrato realizado apenas de forma verbal. Isto pode ser percebido quando os profissionais colocam que não fez diferença; quando colocam uma função apenas de organização do serviço e ao relatarem que o consideram algo importante, mas mesmo assim não o utilizam. Para a maior parte dos profissionais o contrato é importante, porém não sentem necessidade de fazê-lo formalmente (escrito e assinado, uma via para o usuário e outra para o profissional) e sim apenas de forma verbal.

Além das entrevistas constatamos também que o contrato terapêutico formal não é utilizado através da análise dos prontuários, pois dos 20 que foram analisados apenas um possuía o este documento.

Processo de Alta

Segundo Ministério da Saúde (2004), os usuários atendidos no CAPS podem receber alta classificada em três tipos de alta, entre elas: por abandono, por outras intercorrências clínicas ou cirúrgicas e por conclusão do tratamento (alta terapêutica). Segundo Pelizzaro (2006), a alta pode ser entendida como uma parte integrante do processo terapêutico do usuário, que deve ser cogitada desde a chegada do mesmo no serviço e tem que estar diretamente relacionada com o projeto terapêutico individual, visando sempre a reabilitação psicossocial.

Mas como definir se o usuário necessita ou não continuar no serviço? Quando interrogamos os profissionais do CAPSi sobre quais critérios eram utilizados para definir uma condição de alta, ficou evidenciado que a avaliação gira principalmente em torno das queixas, ou do quadro inicial e tendo se resolvido esse quadro, o caso é discutido em reunião de equipe, que em conjunto decide pela alta ou não do usuário.

Tal situação é percebida nos seguintes depoimentos:

“É quando vê que a problemática maior da criança ou adolescente já foi eliminada e às vezes a própria criança manifesta vontade de sair, e quando, como eu falei, quando é constatada a melhora

da criança do quadro que ela entrou, quadro antigo que ela entrou está eliminado.[...] eu observo assim partindo da melhora da pessoa” (P3).

“[...]a gente começa a perceber que talvez não tenha mais necessidade, que a demanda já se transformou, que a gente já conseguiu, está conseguindo vê que esse cara está super bem na escola, e assim vai, a gente vai percebendo sinais de melhora e encaminha pra alta...” (P4).

Com a fala dos profissionais pudemos observar que o processo de alta começa desde o início do tratamento psicoterápico, quando há uma necessidade, ou seja, um problema, que precisa de uma intervenção. Tendo isto em vista, a alta é, na verdade, a conclusão do tratamento, sanada a demanda apresentada no início, não havendo mais necessidade da participação dessa criança ou adolescente nas atividades do CAPSi. Sendo assim, uma vez solucionada a crise, ou o problema mais crítico, existe a possibilidade de prosseguir o acompanhamento em um serviço de menor complexidade da rede de saúde mental do município.

Também podemos observar pela fala dos profissionais que a alta é sempre discutida em equipe, ou seja, nenhum profissional sozinho assume a alta, mas é o profissional de referência quem geralmente vai trabalhando as questões da alta com o usuário e a família, como vemos nos depoimentos a seguir:

“A alta, então, ela é decidida assim, a gente leva pra reunião de equipe e a gente vê como é que está a situação. ‘Ah melhorou, está indo já pra escola, está se socializando, não tem mais gravidade pra CAPS’, aí a gente decide pela alta, junto com a família também, né [...] Se a equipe em si acha, aí a gente dá alta. Se não, se tem dúvida, a gente espera, passa por avaliação com outro profissional”(P1).

“Não é uma decisão unilateral, eu acho que assim, eu não posso ser violenta com essa alta, eu tenho situações que eu tenho que perceber qual a necessidade e a possibilidade do cara de ouvir” (P4.)

Durante a seleção dos prontuários de crianças ou adolescentes com alta terapêutica observamos que nem sempre esta está claramente definida. Desta forma tivemos que selecionar critérios para determinar quais prontuários seriam incluídos na pesquisa, os que utilizamos foram: anotação no prontuário de alta por melhora; leitura das evoluções e observação de melhora do quadro ao final do tratamento, sem ter encaminhamento para outro serviço de média/alta complexidade, apenas para a atenção básica e nos casos em que surgiam dúvidas questionávamos uma das profissionais do serviço, que por estar lá desde o início, conhece os casos e sabia nos orientar se era ou não alta terapêutica. Constatamos assim que essa alta não fica perceptível no prontuário para qualquer profissional que porventura venha olhá-lo.

Processo Terapêutico

Segundo Ministério da Saúde, a duração da permanência dos usuários no atendimento no CAPS depende de vários aspectos que vão desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, a rede familiar e social que se estabelece. O importante é que o CAPS não se torne um local que gere dependência do usuário por toda a vida. Ele deve ser meio de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários que possibilitarão a autonomia do usuário. Este processo deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa (BRASIL, 2004).

A fim de verificarmos a visão dos profissionais sobre o assunto, os questionamos sobre a compreensão do processo terapêutico dos usuários do CAPSi. Obtivemos as seguintes falas:

“O processo terapêutico, diferentemente do projeto terapêutico, começa desde o início, desde a hora do acolhimento até depois da alta[...]”(P1).

“Eu acho que processo, para mim é desde que ele chega aqui, chega aqui para ser avaliado, ele está na entrevista inicial até a alta dele, isso é o processo, é o caminho que ele percorre até finalmente voltar a vida dele enfim, sem precisar da gente[...]”(P7).

Com base nos depoimentos dos profissionais, percebemos que a maioria entende o processo terapêutico como todo o período que compreende a vivência das crianças e dos adolescentes enquanto são atendidos no CAPSi.

Além disso, verificamos que o processo terapêutico é aqui compreendido como o desenrolar dos acontecimentos da vida da criança e do adolescente que são atendidos no CAPSi. Esses acontecimentos envolvem desde as causas que levaram o indivíduo a este serviço, até os encaminhamentos realizados após o término do tratamento nesta instituição. Neste caminho, a criança, o adolescente e suas respectivas famílias são inseridos em uma série de atividades que visam compreender a situação a fim de traçar um plano, ou seja, um projeto terapêutico, que seja capaz de abranger a complexidade do problema vivido pelo usuário e sua família.

Outro ponto que se destaca é a visão dos profissionais de que o processo terapêutico não deve ficar restrito à criança ou adolescente, mas toda a rede de apoio, principalmente a família. Segundo Barbosa et al (2009), a integração dos familiares nas estratégias de cuidado tem uma importância bem maior do que o fato de facilitar o contato do terapeuta com a criança ou adolescente. É importante que a família seja incluída em todas as atividades em que a criança ou adolescente esteja, auxiliando assim no tratamento da mesma. Os familiares se constituem como cuidadores de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi, sendo

responsáveis por eles em todas as esferas de sua vida, seja social ou familiar. A fala a seguir exemplifica tal afirmação:

“Eu acho que processo, para mim é desde que ele chega aqui, chega aqui para ser avaliado, ele está na entrevista inicial até a alta dele, isso é o processo, é o caminho que ele percorre até finalmente voltar a vida dele enfim, sem precisar da gente” (P7.)

De acordo com Ferreira (2005) esse processo ocorre de forma complexa, por ser um fenômeno que envolve muitos fatores, como as experiências que o usuário viveu e vive, suas expectativas para o futuro, os recursos psíquicos de que dispõe, o contexto de seus relacionamentos familiares e sociais; que compõe sua história de vida individual, além do motivo pelo qual ele foi encaminhado para atendimento no CAPSi, e a relação que se estabelece entre o terapeuta e o usuário.

Com a coleta de dados dos prontuários pudemos observar que esse processo terapêutico não é facilmente identificado, uma vez que as informações estão incompletas ou ausentes. As informações contidas nas evoluções trazem muito mais relatos da criança ou adolescente e seus familiares/cuidadores, tornando-se pobres de observações dos profissionais e intervenções adotadas. Isso fica evidente pela falta de registro de dados importantes e já mencionados, como quem é o terapeuta de referência, em quais atividades o usuário é inserido, ou seja, qual o desenho do seu projeto terapêutico individual, a realização de um contrato terapêutico e, principalmente, a não identificação do tipo de alta.

Verificamos que apesar dos profissionais demonstrarem conhecimento sobre processo terapêutico e estarem realizando-o no serviço, o registro dos mesmos nos prontuários é pouco percebido, uma vez que as informações parecem ser aleatoriamente anotadas, o que dificulta a leitura desse processo terapêutico por um profissional que não conhece os casos ou não faz parte do serviço. Porém é importante ressaltar que a equipe entrevistada não corresponde exatamente à mesma formação daquela composta do período compreendido na coleta de dados do prontuário. Sendo que da equipe atual dois atuam há sete anos, dois há seis anos, dois há três anos e dois menos de um ano e que anteriormente a equipe era composta também por psicopedagogo, neurologista pediátrico e médico homeopata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da nossa trajetória acadêmica nos envolvemos com atividades relacionadas à saúde mental, somado ao nosso interesse em trabalhar um tema relacionado à infância procuramos materiais sobre o assunto e nos demos conta de que são poucos os estudos realizados com esta temática. Desta forma, resolvemos estudar sobre a saúde mental na

infância e adolescência, sob a ótica da Reforma Psiquiátrica, por isso escolhemos trabalhar em um serviço de saúde mental substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, o CAPSi, procurando compreender como ocorre o processo terapêutico de crianças e adolescentes que receberam alta terapêutica.

A coleta de dados nos prontuários e as entrevistas possibilitaram a compreensão de como ocorre este processo em todas as suas etapas, desde o momento em que o usuário é acolhido até a sua alta. A realização da coleta de dados nos prontuários nos fez compreender como se constitui neste serviço o registro deste processo. Já com as entrevistas, verificamos como o profissional compreende e realiza o processo, algo que não fica evidenciado nos prontuários. Durante a coleta de dados sentimos dificuldades em identificar como ocorre o processo, devido a presença de informações incompletas ou mesmo ausentes. Por esse motivo buscamos alcançar esse entendimento nas entrevistas, nas quais os profissionais demonstraram ter conhecimento sobre o que é e como deve ser elaborado um processo terapêutico, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério.

Verificamos que o processo terapêutico pode ser entendido como todo o caminhar da criança ou adolescente durante seu tratamento no CAPSi, compreendendo desde a escolha do terapeuta de referência, a observação das necessidades do usuário e sua família, a discussão do caso nas reuniões de equipe, o desenho do projeto terapêutico individual adequado, a realização de um contrato terapêutico, a observação de melhora do quadro inicial, até a decisão por alta terapêutica desta criança ou adolescente.

O terapeuta de referência, em nosso entendimento, é aquele que irá acompanhar o usuário durante todo seu tratamento, funcionando como elo entre o usuário, a família, a rede social a qual está inserido e o restante da equipe. Neste CAPSi a escolha do terapeuta é definida, normalmente, como sendo aquele que realiza o primeiro atendimento, apesar de os profissionais demonstrarem conhecimento de que essa escolha deveria ser feita pelo vínculo estabelecido entre terapeuta e usuário. Esse terapeuta é quem vai durante as entrevistas iniciais, conhecendo e percebendo quais as reais necessidades dessa criança/adolescente e, posteriormente, leva o caso para ser discutido em reunião de equipe e é decidido em conjunto qual o projeto terapêutico mais adequado.

Percebemos que o projeto terapêutico individual compreende as atividades em que o usuário é inserido, tanto dentro quanto fora do CAPSi e por quais atendimentos precisa passar. Por esse motivo deve ser elaborado de acordo com a necessidade da criança/adolescente e precisa ser constantemente reavaliado e reformulado, uma vez que a demanda inicial daquele usuário vai se modificando ao longo do tratamento. Identificamos,

através das entrevistas, que esse projeto já começa a ser pensado desde os primeiros atendimentos, mas que é definido mesmo nas reuniões de equipe, na quais profissionais de diferentes formações contribuem com seu conhecimento e sua visão sobre o caso. Além disso, os profissionais também destacaram a importância desse projeto ser acordado e aceito pelo próprio usuário e sua família.

Ao procurarmos saber sobre a utilização e importância do contrato terapêutico para os profissionais constatamos que este é realizado apenas de forma verbal. Para a equipe a existência de um contrato formal não é relevante, tendo em vista que o documento foi elaborado, porém pouco utilizado, o que demonstra a não adesão de seu uso. Os profissionais consideram que o contrato na forma verbal é importante, mas na prática não levam em consideração o que a literatura traz sobre o contrato formal, que se faz importante para o comprometimento tanto do usuário e seus familiares quanto para o terapeuta. Entendemos que essa formalização propicia que ambas as partes assumam essa responsabilidade, proporcionando assim um maior vínculo e o menor risco de abandono do tratamento.

Como parte final do processo terapêutico, procuramos entender quais os critérios utilizados para a alta terapêutica do usuário. Neste ponto os profissionais foram unânimes ao colocar que ninguém recebe alta sem antes o caso passar pela reunião de equipe e que os critérios utilizados são a superação do quadro inicial e das queixas que surgem durante o tratamento. Entendemos que a alta deve ser trabalhada desde o início do processo, como a noção de que em um momento o usuário não precisará mais deste serviço e poderá caminhar sozinho. O que colocamos aqui não é um sinônimo de vida “perfeita”, de alguém que não tenha problemas, mas sim de alguém que saiba conviver com eles, enfrentá-los e superá-los, dentro das suas possibilidades.

Verificamos que o processo terapêutico de um usuário atendido no CAPSi é algo muito mais amplo do que apenas sua presença no serviço, é importante que o profissional eleito como terapeuta de referência não direcione seu olhar apenas para a criança ou adolescente, e sim a todas as situações em que o mesmo vive, sua família, escola, todos os espaços onde o mesmo frequenta, uma vez que toda essa rede contribui de maneira significativa para sofrimento mental desse usuário. Além disso, compreendemos que esse processo deve ocorrer de maneira dinâmica, sofrendo modificações ao longo do tempo, tendo em vista que se trabalha com sofrimento mental, algo que não pode ser visto como simples e homogêneo. Pois é complexo e multifacetado, principalmente em se tratando de crianças e adolescentes, que podem ser considerados mais frágeis e sensíveis as situações do seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Torre. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.
- BARBOSA, Caroline Dambi; BERTOLINO NETO, Moacyr Miniussi; FONSECA, Felipe Lessa; TAVARES, Carlos Mendes; REIS, Alberto Olavo Advincula. Condutas Terapêuticas de Atenção às Famílias da População Infantojuvenil atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2009, São Paulo, 19(2): 262-268. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/07.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**: Hucitec. São Paulo, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005 – 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011.
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>> Acesso em: 25 maio 2011.
- D'ACRI, Gladys Costa de M. R. M. Reflexões Sobre o Contrato Terapêutico Como Instrumento de Autorregulação do Terapeuta. **Revista da Abordagem Gestáltica – XV (1): 42-50**. Goiânia, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v15n1/v15n1a07.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011.
- FERREIRA, Vinícius Renato Thomé. Produção brasileira em bases de dados sobre o processo terapêutico na terapia familiar e de casal. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, 2005, v. 36, n.1.
- FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. **Revista de Psicanálise**, São Paulo, 2006, v.4, n.1. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>> Acesso em: 25 maio 2011.
- KANTORSKI, L., BIELEMANN, V., CLASEN, B., SILVEIRA PADILHA, M., BUENO, M., HECK, R.. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. **Revista Cogitare Enfermagem**, 15, dez. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/20362/13523>> Acesso em: 23 maio 2011.
- MÂNGIA, Elisabete Ferreira; CASTILHO, Jucelena Pietroforte Lopes Vargas; DUARTE, Velta Regina Eichman. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2006, v.17, n.2. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v17n2/07.pdf>> Acesso em: 23 maio 2011.

MIRANDA, Lílían. **Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas**, 2005. Mimeo.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2001, 35 (1): 103-9. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em: 27 out. 2011.

PELIZZARO, F. **A alta de usuários nos serviços substitutivos/CAPS na região da Grande Florianópolis – SC**. 2006. 65f. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia). Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2006.

PÜSCHEL, Vilanice Alves de A.; CHAVES, Eliane C. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a17v58n4.pdf>> contrato 5> Acesso em: 3 nov. 2011.

SANTOS, Patrícia Leila dos. Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, PR, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a09.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2011.

SILVEIRA, Gabriela Kunz. **Entre a Ética e a Alegria – Reflexões Necessárias Para o Trabalho em Um CAPS**. 2010. 31f. Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/29953/000779528.pdf?sequence=1>> Acesso em: 3 nov. 2011.

TEIXEIRA, Raquel Malheiros. **As contribuições de Franco Basaglia para o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira**. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, 2009. Disponível em: <http://abepsi.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/TCC-RAQUEL-MALHEIROS-TEIXEIRA-_2_.pdf> Acesso em: 25 maio 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizarmos este estudo, foi possível conhecer e compreender como acontece o processo terapêutico das crianças e adolescentes atendidos em um CAPSi do sul do Brasil. Para realizarmos tal estudo fizemos consultas aos prontuários de usuários que receberam alta terapêutica e realizamos entrevistas com os atuais profissionais do serviço. Além disso, realizamos extensa pesquisa bibliográfica, a fim de podermos efetuar a análise dos dados, nesse campo em que poucos estudos foram realizados até o momento.

Verificamos que o processo terapêutico se inicia juntamente com os primeiros contatos do usuário com o serviço e se estende até sua alta. Além disso, percebemos que ele envolve diversos fatores que contribuem para a resposta favorável do usuário à terapêutica adotada e que essa alta significa a resolução de um quadro de problemas iniciais que o levaram ao serviço. A evolução, não significa necessariamente a eliminação dos problemas, ou que o usuário passe a ter uma vida “perfeita”, mas sim que ele seja capaz de enfrentar, superar, ou conviver e lidar com essas dificuldades dentro de suas possibilidades.

Nossa análise foi pautada, principalmente, nas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pois os estudos na área da saúde mental da criança e do adolescente são ainda mais recentes do que a Reforma Psiquiátrica.

Com base nos dados que encontramos, tanto nos prontuários quanto nos relatos dos profissionais, compreendemos que o processo terapêutico das crianças e dos adolescentes atendidos no CAPSi é muito abrangente, envolvendo tanto fatores da instituição, quanto fatores da sociedade e da vida pessoal desse usuário. Sendo assim, a proposta do CAPSi um modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, nos parece ser muito mais adequado, por ser capaz de abranger essa ampla gama de fatores que constituem o ser humano com sofrimento psíquico, articulando diversas possibilidades de intervenção, sem precisar afastar a pessoa de seu ambiente, de sua rotina e de sua rede de apoio.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SDE/ENSP, Rio de Janeiro, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Torre. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde- Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BARBOSA, Caroline Dambi; NETO, Moacyr Miniussi Bertolino; FONSECA, Felipe Lessa; TAVARES, Carlos Mendes; REIS, Alberto Olavo Advincula. Condutas Terapêuticas de Atenção às Famílias da População Infantojuvenil atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2009, São Paulo, 19(2): 262-268. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/07.pdf>> Acessado em: 3 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf> Acesso em: 26 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005 – 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>> Acesso em: 25 maio 2011.

D'ACRI, Gladys Costa de M. R. M. Reflexões Sobre o Contrato Terapêutico Como Instrumento de Autorregulação do Terapeuta. **Revista da Abordagem Gestáltica – XV (1): 42-50**. Goiânia, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v15n1/v15n1a07.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011.

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política. **Revista de Psicanálise**, São Paulo, 2006, v.4, n.1. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>> Acesso em: 25 maio 2011.

FERREIRA, Vinícius Renato Thomé. Produção brasileira em bases de dados sobre o processo terapêutico na terapia familiar e de casal. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, 2005, v. 36, n.1.

KANTORSKI, L., BIELEMANN, V., CLASEN, B., SILVEIRA PADILHA, M., BUENO, M., HECK, R.. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. **Revista Cogitare Enfermagem**.15, dez. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/20362/13523>> Acesso em 23 maio 2011.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, RS, 1999, v.20, n. especial.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; CASTILHO, Jucelena Pietroforte Lopes Vargas; DUARTE, Velta Regina Eichman. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2006, v.17, n.2. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v17n2/07.pdf>> Acesso em: 23 maio 2011.

MINAYO, Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MIRANDA, Lílian; CAMPOS, Rosana T. O. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7074.pdf>> Acesso em: 3 nov. 2011

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2001, 35 (1): 103-9. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>> Acesso em: 27 out. 2011.

PELIZZARO, F. **A alta de usuários nos serviços substitutivos/CAPS na região da Grande Florianópolis – SC**. 2006. 65f. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia). Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, 2006.

PÜSCHEL, Vilanice Alves de A.; CHAVES, Eliane C. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a17v58n4.pdf>> contrato 5> Acesso em: 3 nov. 2011.

SANTOS, Patrícia Leila dos. Problemas de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, PR, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a09.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2011.

SANTOS, Sinval Avelino dos. **Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência**. (Tese) Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

SANTOS, Yalle Fernandes do; OLIVEIRA, Isabel Maria Farias Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN**. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313-322, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3371&dd99=pdf>> Acesso em: 20 out. 2011.

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**/Edna Lúcia da Silva, Eстера Muszkat Menezes. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>> Acesso em: 11 jun. 2011.

Silva, Edna Lúcia. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**/Edna Lúcia da Silva, Eстера Muszkat Menezes. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p. Disponível em: <http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>.> Acesso em: 2 nov. 2011.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método**. Minas Gerais, 2005, v.7, n.1, p.70-81. Disponível em: <<http://www.revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/download/210/207>> Acesso em: 2 nov. 2011.

SILVEIRA et al., Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. CAPSi. **Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes**. Florianópolis, 2007.

SILVEIRA, Gabriela Kunz. **Entre a Ética e a Alegria – Reflexões Necessárias Para o Trabalho em Um CAPS**. 2010. 31f. Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/29953/000779528.pdf?sequence=1>> Acesso em: 3 nov. 2011.

TEIXEIRA, Raquel Malheiros. **As contribuições de Franco Basaglia para o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira**. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, 2009. Disponível em: <http://abepsi.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/TCC-RAQUEL-MALHEIROS-TEIXEIRA-_2_.pdf> Acesso em: 25 maio 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Curso de Graduação em Enfermagem

Nós, acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, abaixo identificadas, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“O Processo Terapêutico dos Usuários de Um Centro de Atenção Psicossocial Para Infância e Adolescência (CAPSi) do Sul do Brasil”**. Esse estudo é parte do Trabalho de Conclusão do referido curso de graduação e tem como objetivo Verificar como se desenvolve o processo terapêutico dos usuários de um CAPSi do Sul do Brasil. O referido projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para a avaliação das questões éticas nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, solicitamos sua colaboração para participar desta pesquisa que será desenvolvida nas dependências de um CAPSi do Sul do Brasil. A coleta de dados para o estudo ocorrerá por meio de entrevista, com roteiro semi-estruturado, que será gravada e posteriormente transcrita, ficando este material guardado no domicílio das acadêmicas, assim como os arquivos de voz e as transcrições das entrevistas. Seguindo os princípios éticos da beneficência e da justiça, todos os procedimentos da pesquisa não resultarão em qualquer risco a vida, a integridade e a saúde dos participantes, sem qualquer tipo de discriminação. Asseguramos-lhe garantir a liberdade de desistir, a qualquer momento, a sua participação sem qualquer prejuízo, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras por telefone ou e-mail. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que seu nome, bem como da instituição em que você atua e dos sujeitos envolvidos serão confidenciais, bem como as informações fornecidas e/ou materiais coletados só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, pode entrar em contato pelos telefones (48) 96218445, (48) 88125925, e/ou e-mail: milinha_lokets@hotmail.com; hermione_luiza@hotmail.com.

Pesquisadoras principais:

 Camila Cristina Ferreira Caleffi

 Caroline Nunes da Silva Stadnicki

 Luiza Stella Dalva da Cunha

 Pesquisadora Orientadora: Dr^a Maria Terezinha Zeferino

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa **“O Processo Terapêutico dos Usuários de Um Centro de Atenção Psicossocial Para Infância e Adolescência (CAPSi) do Sul do Brasil”** e concordo em participar voluntariamente.

Florianópolis ____ de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS

Identificação do prontuário Sexo da criança/adolescente	
Data: De admissão – Da alta -	
Idade : Ao entrar no serviço - Ao receber alta -	
Escolaridade: No momento da admissão – No momento da alta -	
Diagnóstico Na admissão - No momento da alta -	
Quem (que serviço) encaminhou ao CAPSi	
Qual o motivo de encaminhamento ao CAPSi	
Profissional que realizou o primeiro atendimento	
Terapeuta de referência Outros profissionais	
Projeto terapêutico Primeiro projeto terapêutico no qual foi inserido (data de inserção) - Projeto terapêutico no qual estava inserido no momento da alta -	
Modalidade de atendimento: Ao entrar no serviço – Ao receber alta -	
Situações relatadas pelo paciente e/ou acompanhante	
Condições apresentadas ao entrar no serviço	
Condições apresentadas ao receber alta	
Observações gerais	
Tempo de tratamento	
Encaminhamento dado após a alta	

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Formação:** _____

1. Como se define quem é o terapeuta de referência neste serviço?

2. Como ocorre o atendimento multiprofissional neste CAPSi?

3. Em que momento é elaborado o projeto terapêutico individual? Quais são os critérios utilizados para o desenho do projeto terapêutico individual?

4. É realizado um contrato terapêutico quando os usuários são incluídos em seu projeto terapêutico individual? Você acha esse contrato terapêutico importante?

5. Como ocorre a alta? Quais são os critérios de alta? Processo de alta: como ocorre, quais critérios, projeto terapêutico, quem prescreve a alta.

6. O que você compreende por processo terapêutico do usuário atendido em CAPSi?

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Certificado

Página 1 de 1



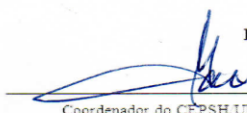
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2189

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO**PROCESSO:** 2189**FR:** 449794**TÍTULO:** O PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPSi) DO SUL DO BRASIL**AUTOR:** Maria Terezinha Zeferino, CAMILA CRISTINA FERREIRA CALEFFI, CAROLINE NUNES DA SILVA STADNICKI, LUIZA STELLA DALVA DA CUNHA.

FLORIANÓPOLIS, 17 de Outubro de 2011.


Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PRPe/UFSC